9

EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

D[r] HIPP. BOURDON

Candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique
de l'Académie impériale de médecine.



PARIS

IMPRIMERIE DE E. MARTINET

RUE MIGNON, 2.

1866

EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

docteur Hipp. BOURDON

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

TITRES SCIENTIFIQUES

Interne des hôpitaux, 1839-1843.

Docteur en médecine, 1843.

Chef de clinique de la Faculté de Paris, 1845-1847.

Médecin du bureau central des hôpitaux civils, 1849.

Successivement depuis cette époque :

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Médecin de l'hôpital Beaujon.

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Médecin de la Maison municipale de santé.

Ancien vice-président de la Société anatomique.

Vice-président de la Société médicale des hôpitaux.

NOTICE

SUR LES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

---

1. — *Études cliniques et histologiques sur l'ataxie locomotrice progressive.*

(Mémoire lu le 20 août 1861 à la Société médicale des hôpitaux; *Archives générales de médecine*, novembre 1861).

2. — *Nouvelles recherches cliniques et anatomiques sur l'ataxie locomotrice progressive.*

(Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux le 22 janvier 1822; *Archiv. gén. de méd.*, avril 1862.)

(Mémoires couronnés par l'Institut.)

L'ataxie locomotrice progressive, si bien connue dans ses symptômes, n'avait pas encore d'anatomie pathologique. M. Duchenne (de Boulogne) ne citant dans son mémoire qu'une seule autopsie, laquelle n'avait offert aucune altération notable du système nerveux, n'ose pas tirer de conclusion de ce fait isolé et négatif (1). Il suppose néanmoins que, pour expliquer les symptômes, une lésion, soit anatomique, soit dynamique, doit exister du côté du *cervelet.*

Depuis lors, d'autres auteurs n'avaient pas hésité à considérer la maladie nouvelle comme une simple névrose, et l'avaient décrite comme telle. M. Bourdon ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'un sujet mort d'ataxie locomotrice, et ayant rencontré des lésions anatomiques très-manifestes de la moelle épinière et de certains nerfs crâniens, a

(1) L'examen des centres nerveux n'avait pas été fait au microscope.

fait de cette observation complète le sujet d'un premier mémoire dans lequel des figures coloriées représentent les altérations anatomiques.

Depuis la publication de ce travail, un certain nombre d'autopsies ont été pratiquées et les lésions décrites par l'auteur ont été retrouvées avec leur même siége et leurs mêmes caractères. La description de ces nouveaux faits semble calquée sur celle qui en a été donnée par M. Bourdon : *Altération des faisceaux postérieurs de la moelle et des racines correspondantes, caractérisée par la dégénérescence et l'atrophie des cellules nerveuses et des tubes nerveux;* dégénérescence qui se retrouve dans les nerfs moteurs de l'œil, dans le nerf optique et le plus souvent dans sa papille. M. Eisenmann (de Wurtzbourg) dans la monographie qu'il a publiée à Vienne en 1863 sur l'ataxie locomotrice, reproduit textuellement les planches du mémoire de l'auteur, comme présentant le type de l'altération qu'il décrit.

Dans le second mémoire, les autopsies nouvelles sont reproduites, entre autres celle de M. Oulmont, encore inédite. De plus, il y est établi, par des recherches bibliographiques et par des observations empruntées aux auteurs, qu'en Allemagne et en France on avait rencontré dans certains cas de paraplégies à physionomie anormale, comme ceux cités par MM. Cruveilhier, Monod, Romberg, Friedreich et autres, des lésions ressemblant, du moins à l'œil nu, à celles que nous avons décrites et ayant le même siége. Ces paraplégies extraordinaires, incomplètes, n'étaient autre chose, selon l'auteur, que de véritables ataxies locomotrices.

Dans ce nouveau travail, M. Bourdon fait ressortir les différences qui, au point de vue clinique, existent entre l'ataxie locomotrice progressive et d'autres affections dans lesquelles il y a également un désordre de la miotilité (maladies du cervelet, chorée, tremblements, etc.).

Enfin un paragraphe est consacré à établir, d'après des faits observés, qu'une lésion d'une autre nature, comme une tumeur cancéreuse ou tuberculeuse, même une simple congestion, lorsqu'elle occupe les racines et les cordons postérieurs, peut produire un défaut de coordination dans les mouvements. Il ne s'agit plus alors de l'entité morbide

décrite par M. Duchenne (de Boulogne), ayant une symptomatologie tout à fait caractéristique, une marche particulière, une durée fort longue et une terminaison fatale ; ce désordre du mouvement est simplement un symptôme comme l'anesthésie, la contracture ou la paralysie.

L'auteur va plus loin et admet que l'ataxie locomotrice peut n'être qu'une simple *lésion dynamique* (des mêmes organes) analogue à celles que présentent les hystériques et les sujets atteints de certaines maladies générales, comme la syphilis, les intoxications saturnine ou alcoolique.

3. — *Morve farcineuse chronique terminée par la guérison. — Considérations sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette maladie.*

(Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine le 8 décembre 1827, et sur lequel un rapport favorable a été fait par M. H. Bouley, rapport qui a donné lieu à une discussion très-importante.)

Les cas de morve chronique chez l'homme, publiés jusqu'à cette époque, prouvent suffisamment que cette maladie est excessivement grave, pour ne pas dire toujours mortelle.

M. Bourdon ayant obtenu une guérison complète dans un cas de ce genre, a cru devoir en faire part à l'Académie. Il rapporte d'abord le fait avec tous ses détails; puis il en résume les symptômes et la marche en ces termes, afin d'en démontrer la nature morveuse :

Après un mouvement fébrile accompagné de douleurs très-vives dans la continuité des membres inférieurs, des abcès nombreux paraissent successivement, les uns dans l'épaisseur des muscles, les autres sous la peau ; ils sont fluctuants d'emblée, sans engorgement inflammatoire à leur pourtour ; quelques-uns restent fistuleux pendant un certain temps ; des douleurs arthritiques tenaces se montrent, puis survient un enchifrènement accompagné de reniflements fréquents et d'expuition de mucosités épaisses et sanguinolentes, venant évidemment des fosses nasales ; bientôt on découvre sur la cloison une ulcération grisâtre, qui détruit peu à peu la muqueuse, le tissu sous-jacent et met le cartilage

à nu. Mais alors cette ulcération, après s'être étendue en arrière, prend meilleur aspect; des bourgeons charnus végètent à la surface du cartilage, et la réparation se fait en laissant une cicatrice offrant l'aspect particulier des ulcérations morveuses, c'est-à-dire formée par des fibres résistantes, blanchâtres, comme nacrées, bien distinctes les unes des autres, apparence que l'on retrouve d'une manière constante dans les cicatrices de la trachée, trouvées à l'autopsie des sujets morts de la morve chronique.

A ce tableau est-il possible de méconnaître la maladie désignée dans les ouvrages modernes sous le nom de *morve farcineuse chronique*. D'ailleurs si les symptômes ne se rapportaient pas à cette affection, quelle autre maladie pourraient-ils caractériser?

Pour répondre à cette question, l'auteur se livre à une longue discussion. Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter au savant rapport de M. H. Bouley le résumé de cette discussion :

«La maladie est-elle une diathèse purulente spontanée? Non, dit » M. Bourdon, car jamais, dans l'infection purulente de l'homme, » quelle que soit sa cause, il n'existe de lésion des fosses nasales.

» Était-ce une des formes de l'ozène? Non, car dans l'ozène il n'y a » pas de collection purulente comme dans ce cas particulier; la maladie » reste circonscrite aux fosses nasales.

» Était-ce la syphilis? Non, l'ulcération de Bardin n'occupait pas » le siége habituel des maladies syphilitiques; son haleine nasale était » inodore; enfin les abcès de cet homme avaient des dimensions excessives, hors de toutes proportions avec ceux qui caractérisent la » syphilis.

» Était-ce enfin la scrofule? La morve chronique et la scrofule se » caractérisent, dit M. Bourdon, par des lésions communes, telles que : » abcès sous-cutanés, ulcérations des muqueuses, altérations des os, etc.; » mais dans leurs caractères physiques, dans leur siége et dans leur » marche, ces lésions présentent de très-notables différences. »

Le rapporteur discute ce diagnostic, et conclut avec l'auteur que le malade dont il a relaté l'histoire était atteint de la *morve chronique*. Tout, dit-il, tend à le prouver, et son état de santé antérieur, et les cir-

constances dans lesquelles sa maladie s'est déclarée, et les caractères qu'elle a revêtus.

Après avoir parlé du pronostic des affections morveuses en général, et avoir cité quelques faits de guérison, dans lesquels, malheureusement, le diagnostic ne paraît pas être suffisamment établi, l'auteur rappelle les traitements qui ont déjà été essayés et celui sous l'influence duquel la guérison du malade est survenue. Les moyens auxquels on a eu recours sont : l'iodure de soufre et les toniques, quinquina en tisane et en potion, vin de Bordeaux, alimentation fortifiante, enfin habitation dans une salle très-fortement ventilée.

4. — *Des tumeurs fluctuantes du bassin et de leur ouverture pratiquée par le vagin.*

(*Revue médicale*, juillet, août et septembre 1841.)

Dans ce mémoire, l'auteur s'occupe, d'une manière spéciale, des tumeurs qui contiennent un liquide purulent, séreux, sanguinolent, ou des hydatides. Il les divise, relativement au siége qu'elles affectent, en plusieurs classes bien distinctes : les unes, *intra-péritonéales*, parmi lesquelles se trouvent les collections résultant de la péritonite particlle, décrite depuis sous le nom de *pelvi-péritonite;* les autres, *extra-péritonéales* ou situées dans le tissu cellulaire, et comprenant les kystes séreux, hydatiques ou sanguins, et les abcès si communs dans cette région, surtout chez les femmes récemment accouchées. Enfin, une troisième classe réunit les collections liquides développées dans les parois des organes que renferme le bassin.

Dans la symptomatologie, après avoir indiqué les signes rationnels, l'auteur insiste particulièrement sur les divers procédés à l'aide desquels on peut arriver à reconnaître la fluctuation. Il décrit le toucher vaginal et le toucher rectal, employés soit séparément, soit simultanément, et le palper hypogastrique combiné avec ces deux modes d'exploration.

En suivant les règles qu'il indique, il est bien rare qu'on n'arrive pas à reconnaître si la tumeur est solide ou si elle est liquide, et à la

distinguer de la grossesse et des différentes maladies qui peuvent faire croire, de prime abord, à une collection liquide.

Si, par extraordinaire, il restait du doute sur l'existence de la fluctuation, on pourrait avoir recours à la ponction exploratrice.

La première des nombreuses observations citées dans ce travail, est relative à une affection qui a reçu depuis le nom d'*hématocèle rétro-utérine*, et que l'auteur présente comme un exemple de *kyste sanguin*, en faisant la remarque *qu'il procède des annexes de l'utérus.* Ce fait est un des premiers de ce genre qui ait été publié.

Dans le chapitre qui traite de l'*anatomie pathologique*, les caractères de chacune des tumeurs sont décrits avec détails, ainsi quo les lésions nombreuses qu'elles déterminent du côté des organes du bassin (déplacements, rétrécissements, inflammations, ulcérations).

Un long paragraphe est consacré à la *marche* et à la *terminaison* des tumeurs; les diverses migrations des abcès y sont indiquées, ainsi que les accidents auxquels elles peuvent donner lieu.

Pour éviter plusieurs de ces accidents, et notamment l'ouverture de la tumeur dans la cavité péritonéale, de même que pour prévenir l'évacuation spontanée par un des points élevés de l'abcès, circonstance qui entraîne la stagnation du pus et ses conséquences graves, M. Bourdon, s'appuyant sur des faits nombreux, recommande l'ouverture artificielle pratiquée par le vagin, afin de vider la collection liquide par sa partie déclive. La guérison obtenue dans tous les cas prouve suffisamment en faveur de co procédé opératoire.

5. — *Des paralysies consécutives à l'asphyxie par la vapeur du charbon.*

(Thèse de la Faculté de Paris, 1843, n° 137.)

Les auteurs qui se sont occupés de l'action des gaz délétères sur le corps de l'homme, n'avaient pas encore mentionné la *paralysie* parmi les accidents de l'asphyxie. M. Bourdon, dans sa thèse inaugurale, rapporte des exemples observés par lui, non pas d'une simple faiblesse musculaire, mais de véritables paralysies d'une moitié du corps ou d'un

seul membre, survenues chez des sujets asphyxiés par la vapeur du charbon et ayant persisté pendant des mois, des années même.

Après avoir exposé les faits, en y adjoignant les observations plus ou moins analogues qu'il a rencontrées dans les divers recueils, l'auteur cherche à les interpréter. Il explique les paralysies momentanées par la congestion des centres nerveux et l'action stupéfiante du sang noir sur ces organes ; mais, pour les paralysies persistantes, il croit à une lésion plus profonde, comme une inflammation, un ramollissement d'un des points de l'axe cérébro-spinal, succédant à la congestion ou plutôt à la stase sanguine.

Pour soutenir cette opinion, en l'absence d'autopsie dans les faits qui lui sont propres, M. Bourdon s'appuie sur l'anatomie pathologique de l'asphyxie en général et sur la physiologie expérimentale. Tous les auteurs s'accordent à dire que, chez les asphyxiés, le cerveau est fortement congestionné ; que le sang est noir et le plus ordinairement liquide dans tout le système circulatoire. D'un autre côté, M. Bourdon, s'étant livré à de nombreuses expériences sur les animaux, a trouvé constamment chez ceux qui avaient succombé à l'action de la vapeur du charbon, les sinus crâniens et rachidiens gorgés de sang fluide et d'une couleur foncée ; dans un cas, il a observé, non-seulement l'état piqueté de la substance blanche du cerveau, mais encore une coloration rouge et uniforme de la substance grise de la moelle et de l'encéphale. Or, Magendie a parfaitement établi que le sang, privé de sa coagulabilité, traverse difficilement les capillaires, qu'il s'extravase, se dépose dans le parenchyme des organes et les rend quelquefois tout à fait impropres aux fonctions qu'ils doivent remplir.

6. — *Recherches cliniques sur quelques signes propres à caractériser le début de la phthisie pulmonaire.*

(*Actes de la Société médicale des hôpitaux*, 2e fascicule, 1852.)

Dans ce travail, M. Bourdon commence par établir que les signes physiques, dans la phthisie pulmonaire, peuvent manquer, être insuffisants ou être masqués. M. Louis, dans son remarquable ouvrage, ne

cite-t-il pas des exemples de phthisie latente? Dans ces cas, il ne reste que les signes rationnels et généraux; encore ceux-ci peuvent-ils exister dans d'autres maladies ou n'être pas assez caractéristiques.

L'auteur a donc cherché à augmenter le nombre des symptômes propres à faire diagnostiquer la phthisie pulmonaire aussi près que possible de son début.

Il avait toujours été frappé de la fréquence de certains phénomènes morbides dans cette maladie et de leur rareté dans les autres affections de la poitrine, et notammont dans la bronchite chronique, qu'il est souvent si difficile de distinguer de la phthisie, de l'avis même de Laennec. M. Bourdon en a fait une étude spéciale, il a cherché à établir leur valeur sémiologique, d'après des faits nombreux (157 observations de phthisie et 63 de bronchite chronique), tous recueillis par lui, et il est arrivé à se convaincre que ces symptômes pouvaient non-seulement être utiles au diagnostic de la phthisie, mais qu'ils pouvaient encore rendre des services, en appelant l'attention des médecins vers cette affection, lorsqu'ils viendraient à apparaître dans le cours d'une autre maladie, telle que la chlorose, la rougeole, la fièvre typhoïde.

Ces symptômes se rapportant à plusieurs organes, l'auteur du mémoire les étudie dans des chapitres séparés. On peut les résumer en disant que, du côté de l'estomac, c'est la dyspepsie, la douleur épigastrique et les vomissements pendant la toux; du côté du foie, l'augmentation de volume (hypertrophie ou dégénérescence graisseuse) et la sensibilité exagérée; enfin, du côté de la paroi thoracique, la douleur déterminée par la percussion, phénomène morbide que notre très-regretté collègue M. Beau a expliqué plus tard par la névrite intercostale.

7. — *Des accidents cérébraux observés dans le cours du rhumatisme articulaire aigu.*

(*Actes de la Société médicale des hôpitaux*, 2ᵉ fascicule, page 99, 1852.)

Ces accidents se rapportent, selon l'auteur, tantôt à une phlegmasie des méninges, tantôt à une congestion apoplectiforme qui peut amener la mort en quelques instants.

M. Bourdon montre la différence qui existe entre la méningite ordinaire ou tuberculeuse et la méningite rhumatismale, laquelle ne s'accompagne pas de vomissements, très-rarement de céphalalgie, et presque jamais de convulsions.

Quant à la forme apoplectique, presque constamment mortelle, l'auteur l'explique par une congestion violente qui se fait rapidement vers le cerveau lui-même, aussi bien que vers les méninges. Lorsque le rhumatisme frappe une articulation, on sait que la fluxion se fait à la fois sur la surface synoviale et sur les parties voisines, témoin le gonflement de toute la jointure et la rougeur de la peau. Pourquoi la partie superficielle du cerveau ne serait-elle pas atteinte en même temps que l'arachnoïde et la pie-mère, avec lesquelles elle a des rapports si intimes ? On comprend très-bien qu'une pareille fluxion, sans gravité quand elle se fait sur des articulations, soit incompatible avec la vie lorsqu'elle atteint les organes encéphaliques et qu'elle acquiert un certain degré d'intensité.

Dans des communications faites à la Société médicale des hôpitaux, postérieurement à celle-ci, l'auteur, tout en exonérant le sulfate de quinine des accidents cérébraux plus fréquents depuis quelques années, recommande toutefois de ne pas donner des doses trop élevées de ce sel, surtout au début du traitement, dans la pensée que le sulfate de quinine en proportions considérables, peut agir comme perturbateur, à la façon des émotions violentes, du froid, ou des applications extérieures de chloroforme, en faisant cesser trop subitement la douleur et la fluxion des articulations, et en facilitant les migrations du rhumatisme vers les viscères, et par conséquent vers le cerveau.

M. Bourdon, pour ces raisons, conseille de traiter le rhumatisme avec beaucoup de ménagement et d'éviter particulièrement d'employer les moyens qui agissent en produisant une perturbation quelconque ou en affaiblissant le malade d'une manière excessive et brusque.

Dans une de ces communications, il cite un fait de *manie* qu'il a trouvé dans Lorry, et qui, comme celui de M. Mesnet, doit être attribué au rhumatisme ; il en conclut que c'est là encore une forme différente de rhumatisme cérébral qu'on pourrait admettre.

8. — *De l'hémiplégie et de la pneumonie rhumatismales.*

(Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, t. IV, p. 485, 1860.)

L'auteur cite d'abord l'observation qui fait la base de ce mémoire. Il s'agit d'un malade qui, au sixième jour d'un rhumatisme articulaire, est frappé subitement de perte de connaissance et d'*hémiplégie*, comme s'il s'était fait une hémorrhagie dans un des hémisphères cérébraux. La paralysie persista jusqu'à la mort, en perdant toutefois beaucoup de son intensité, et à l'autopsie on ne trouva qu'une injection des méninges et de l'encéphale, accompagnée d'une suffusion sanguine de la pie-mère et de la surface du cerveau; cette lésion était notablement plus étendue et surtout plus prononcée sur l'hémisphère droit, c'est-à-dire sur l'hémisphère opposé au côté paralysé; le sablé rouge do la substance cérébrale était également plus marqué dans le même hémisphère.

Par ses symptômes et par ses lésions, cette complication grave rappelle une des formes de la congestion cérébrale, décrite par M. Andral. Seulement la paralysie, au lieu de se dissiper rapidement, a duré sept jours, c'est-à-dire jusqu'à la mort.

L'auteur se demande s'il faut expliquer cette différence par la légère suffusion sanguine de la surface du cerveau, ou s'il n'est pas permis d'attribuer la prolongation de la paralysie à la persistance du mouvement fluxionnaire entretenu par une cause supérieure, le rhumatisme. Pour lui, cet accident est du même genre que l'apoplexie rhumatismale, sur l'existence de laquelle tout le monde est aujourd'hui d'accord.

Dans un travail précédent, M. Bourdon établissait que ces accidents cérébraux, qui tuent si vite et si sûrement, sont dus à une fluxion brusque et intense incompatible avec la vie. Maintenant, en supposant que, par exception, la fluxion se fasse moins rapidement, qu'au lieu d'être générale, elle soit partielle, ne pourra-t-il pas se produire une hémiplégie, comme survient le délire, l'agitation, le coma, dans d'autres cas? A la fin de son mémoire, l'auteur rapporte, à l'appui de

cette idée, un fait de M. Trousseau, analogue au sien, mais dans lequel l'hémiplégie n'a duré que deux jours, parce que, sans doute, la congestion était moins violente et non accompagnée de suffusion sanguine.

Il cite aussi une observation de Becquerel, relative à un malade qui a présenté des phénomènes fébriles accompagnés de *paraplégie*, laquelle s'est dissipée lorsque le rhumatisme a envahi les articulations.

La *pneumonie* qui est survenue dans les derniers jours de la vie du même malade, doit-elle être attribuée au rhumatisme, comme la péricardite et l'endocardite qui ont été également observées? L'auteur n'hésite pas à le croire, et pour asseoir son opinion, il ne se base pas sur la simple coïncidence des deux affections; il trouve dans les symptômes de la pneumonie, dans sa marche et surtout dans ses caractères anatomiques, des raisons suffisantes pour ne pas la regarder comme une phlegmasie ordinaire, qui serait venue compliquer le rhumatisme.

L'absence du râle crépitant caractéristique, la non-apparition du souffle tubaire, malgré l'existence de la matité, l'apparence non granuleuse du parenchyme pulmonaire, et sa faculté de surnager, unie à une friabilité évidente, toutes ces anomalies permettent bien de voir dans cette altération une sorte d'engouement œdémateux, d'une nature particulière, et par conséquent rhumatismale.

On trouve dans les auteurs anciens et dans les modernes, entre autres dans Laennec, Chomel, MM. Nicot et Grisolle, des faits qui prouvent que la *pneumonie rhumatismale* a une marche propre; mais il faut arriver aux dernières éditions du *Traité de thérapeutique*, de MM. Trousseau et Pidoux, pour trouver d'autres renseignements sur ce sujet. En parlant de la forme grave du rhumatisme, ces auteurs disent que, dans ce cas, on voit se développer des pneumonies avec congestion séro-sanguine, sorte d'œdème aigu du poumon, qui ont la soudaineté d'invasion des fluxions rhumatismales.

9. — *Notice sur la fièvre puerpérale et sur ses différentes formes, observées à l'Hôtel-Dieu de Paris pendant l'année* 1840.

(*Revue médicale*, juin 1841.)

Cette notice tend à prouver, par des faits, que la fièvre puerpérale

est bien une maladie générale avec des manifestations diverses, par leur siége et par leur nature.

En effet, il résulte des observations de l'auteur, que cette affection s'est montrée avec des symptômes caractéristiques toujours les mêmes, avec un aspect et une marche particulière vraiment remarquables, qu'elle a amené certaines lésions constantes, telles que la fluidité du sang, le ramollissement de presque tous les organes, y compris le tube digestif, tandis que des altérations spéciales ont permis de distinguer des formes différentes, inflammatoire, gangréneuse, pyogénique, etc.

L'auteur pense, avec Récamier son maître, que l'action de l'air sur les matières organiques contenues dans la cavité de l'utérus insuffisamment revenu sur lui-même, peut leur faire contracter des propriétés délétères ; que ces matières, plus ou moins putréfiées, en contact avec les sinus béants, sont alors absorbées, et qu'elles vont infecter toute l'économie. L'espèce d'empoisonnement qui résulte de cette absorption, offrirait de grandes analogies avec l'infection purulente, et devrait être rangée, comme cette dernière, parmi les maladies essentiellement générales.

Cette opinion conduit l'auteur à conseiller les injections et l'application méthodique d'un bandage de corps qui force l'utérus à revenir sur lui-même.

Comme traitement interne, le moyen qui a semblé donner les meilleurs résultats, c'est l'ipécacuanha, surtout administré au début et lorsqu'il existait des symptômes bilieux.

10. — *Description de la tumeur folliculaire hypertrophique du col de l'utérus.*

(Dans la thèse de M. Martin. Paris, 1859.)

Cette thèse, qui a pour titre : *De l'anatomie pathologique de quelques tumeurs développées dans la muqueuse du col de l'utérus*, renferme la description d'une affection peu connue, résultant de l'hypertrophie des follicules de cet organe.

L'histoire en est faite d'après des observations empruntées à la pratique civile et nosocomiale de M. Bourdon.

Jusque-là il n'existait sur cette maladie que des notions vagues ou incomplètes, dans Robert Lee, Herbiniaux, Portal et Gooch.

La partie micrographique de cette étude a été confiée à M. Ordonez, un des élèves les plus distingués de M. le professeur Robin, auquel sont dues les planches qui accompagnent le texte du travail.

Après la symptomatologie, un chapitre très-long est consacré à différencier la tumeur décrite d'avec le cancer, la métrite avec indurations, les corps fibreux et les kystes folliculaires.

Arrive ensuite le traitement institué par M. Bourdon, et qui consiste en applications de caustique Filhos.

Ce traitement a constamment réussi à l'auteur, ainsi que le prouvent ses observations; mis en usage par M. Pidoux, il a également amené la guérison.

11. — *Des rétrécissements de la trachée-artère.*

(*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, t. V, p. 504.)

Les rétrécissements de la trachée, et particulièrement ceux qui reconnaissent pour cause une ulcération de ce conduit, sont encore peu connus, leur étude datant seulement de quelques années. Il en résulte qu'ils sont habituellement confondus avec les affections du larynx, et notamment avec l'œdème de la glotte.

Cette erreur de diagnostic offre cependant un véritable danger, en ce sens que, quand il y a menace de suffocation, on pratique la trachéotomie par le procédé ordinaire, opération qui non-seulement n'empêche pas le malade de mourir, mais ne produit pas même un soulagement momentané.

M. Bourdon a donc cru utile d'appeler de nouveau l'attention de ses collègues des hôpitaux sur ce sujet, en leur faisant connaître un fait qu'il a observé à la Maison municipale de santé, et qui a eu, en ville, le fatal dénoûment indiqué plus haut.

Après avoir cité le fait et l'avoir discuté, l'auteur indique les phé-

nomènes morbides caractéristiques sur lesquels on peut baser le diagnostic pour distinguer le rétrécissement de la trachée des maladies du larynx; il insiste particulièrement sur deux symptômes : l'abaissement du larynx et l'immobilité de cet organe pendant la déglutition et l'exercice de la parole. Il explique le premier de ces symptômes par le raccourcissement de la trachée, résultant de la destruction des cerceaux cartilagineux. Dans toutes les autopsies connues, on a noté en effet la disparition de six et même huit de ces anneaux.

Quant à l'immobilisation du larynx, elle dépendrait, selon M. Bourdon, d'une part de la rétraction cicatricielle de la trachée, s'opposant à l'élévation et à l'abaissement de l'organe, et d'autre part, des adhérences qui s'établissent quelquefois entre la trachée ulcérée profondément et les parties voisines.

Pour le traitement, l'auteur, frappé par l'étude des faits, de la tendance qu'ont les cicatrices de la trachée à revenir sur elles-mêmes et à amener des rétrécissements et des déformations de ce conduit, recommande, dans les cas d'*ulcérations syphilitiques*, d'administrer les spécifiques à petites doses, et d'interrompre, de temps en temps, leur usage, afin de ne pas trop hâter la cicatrisation, et de permettre au malade de s'habituer peu à peu à la diminution progressive du calibre de la trachée, comme dans le cas de Worthington. Il se demande même, si pour éviter la mort par asphyxie, accident dont il cite des exemples, il ne faudrait pas placer une canule dans la trachée, pendant et après le traitement antisyphilitique, et ne retirer cet instrument qu'alors seulement qu'on supposerait la cicatrisation bien complétée et toute chance de rétraction passée.

Il termine en faisant ressortir l'utilité de la canule à quatre valves, de M. Demarquay, pour dilater graduellement la trachée-artère, après l'opération de la trachéotomie.

12. — *De l'augmentation du nombre des globules blancs du sang, dans les maladies autres que la leucocythémie.*

(Note lue à la Société médicale des hôpitaux en février 1856; tome III des *Bulletins* de cette Société.)

De ces recherches cliniques et microscopiques faites sur des sujets

atteints d'affections diverses, l'auteur conclut que s'il existe réellement une entité morbide, telle que l'ont décrite MM. Virchow, Bennett, Barth, Vigla et autres, l'altération du sang qui s'y rapporte, c'est-à-dire l'augmentation du nombre des globules blancs, peut se rencontrer, quoique à un degré moins prononcé, dans d'autres maladies telles que : affections organiques du cœur, arrivées à leur dernière période, ou accompagnées de lésions artérielles, fièvres typhoïdes graves, maladies de Brigth. Les faits cités prouvent encore qu'on peut rencontrer cette altération du sang avec une rate petite et saine, du moins en apparence.

M. Virchow avait déjà prévu cette objection, et il y avait répondu en admettant, pour ces cas particuliers, une leucémie lympathique à côté de la leucémie splénique. Selon M. Bourdon, cette division tend déjà à rapprocher la leucémie de certains états morbides, presque toujours symptomatiques, comme l'anémie, l'hydropisie, l'albuminurie. Car, qui nous dit, en effet, ajoute l'auteur, qu'on ne sera pas bientôt obligé de reconnaître une troisième, une quatrième espèce de leucémie, ayant son point de départ dans des organes autres que la rate et les ganglions lympathiques?

Ce qu'avait prévu M. Bourdon s'est bien promptement réalisé; car, peu de temps après cette communication, la leucémie hépatique était créée et généralement admise.

13. — *Calcul biliaire d'un volume considérable tombé dans le tube digestif à travers les parois de la vésicule et du côlon transverse adhérentes et perforées.*

(*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, t. IX, p. 287.)

Il est admis aujourd'hui que les calculs biliaires peuvent passer directement de la vésicule dans le tube digestif, au moyen d'adhérences péritonéales et de perforations.

Cependant, les exemples de ce mode insolite d'élimination sont assez rares pour que M. Bourdon n'ait pas cru devoir passer sous silence celui qu'il avait observé dans son service.

Le fait dont il est question est encore remarquable par la grosseur tout à fait exceptionnelle du calcul, celle d'un œuf de poule, et par les accidents dont il a été la cause. En effet, trop gros pour parcourir facilement toute la longueur du tube digestif, il s'est arrêté à la fin de l'S iliaque, y a séjourné pendant plusieurs mois et a déterminé une inflammation chronique de l'intestin qui a amené la mort de la malade.

Le calcul, qui pesait 62 grammes, avait la composition suivante :

Cholestérine	68 gr.	
Matière colorante jaune, soluble dans l'ammoniaque	0	50 centig.
Matière colorante verte, soluble dans l'acide acétique	1	50 —
Phosphate de chaux	30	
Total	100 gr.	

Un examen séparé des différentes couches du calcul démontre que la presque totalité du phosphate, indiquée par l'analyse, existait dans les couches superficielles ; d'où il est permis de conclure que le phosphate de chaux a été déposé à la surface de la concrétion, pendant son séjour dans le tube digestif. Ce sel, en effet, appartient bien plus aux calculs intestinaux qu'aux calculs des voies biliaires.

14. — *Du rétrécissement de l'orifice iléo-cæcal.*

(*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, t. III, p. 95.)

Les affections qui intéressent le tube digestif, dans une certaine longueur, et qui ont un caractère aigu, sont, en général, d'un diagnostic assez facile. Mais, si la maladie a pour siége un point limité des viscères intestinaux, et si elle a une marche chronique, il arrive souvent qu'elle passe inaperçue et qu'elle n'est soumise à l'observation du médecin que quand, par ses progrès ou par son extension, elle a produit des accidents sérieux, ou quand elle s'est compliquée d'une autre maladie. Alors, les symptômes nouveaux et graves peuvent masquer les phénomènes anciens et empêcher ainsi de remonter à la connaissance de la maladie primitive.

Cette difficulté se rencontre le plus souvent dans les cas d'étrangle-

ment interne, de perforation, de péritonite ou d'hémorrhagie, qui viennent si fréquemment, et d'une manière si inattendue, compliquer une affection en apparence des plus légères, ne se traduisant quelquefois par aucun symptôme tant soit peu remarquable.

Parmi ces affections primitives, on peut citer les rétrécissements de l'intestin, les maladies du cæcum et de son appendice.

Une malade, du service de M. Bourdon, lui ayant présenté un ensemble de phénomènes paraissant permettre de diagnostiquer un *rétrécissement de l'orifice iléo-cæcal*, il a cru utile d'appeler l'attention sur ce fait. L'observation présente d'ailleurs ceci de remarquable que, contrairement à ce qui arrive ordinairement, l'auteur a assisté à toutes les phases de la maladie; d'abord simple rétrécissement intestinal, ensuite occlusion plus ou moins complète du tube digestif et ses accidents; enfin, perforation de l'intestin, et péritonite suraiguë promptement mortelle.

Tout ce qui a trait à la deuxième et à la troisième période ne présente rien de bien intéressant; le point que l'auteur désire particulièrement étudier, est celui qui concerne le *rétrécissement intestinal.*

Tous les praticiens sont unanimes pour dire que si plusieurs symptômes, enchaînés d'une certaine manière, permettent de reconnaître, ou au moins de soupçonner, l'existence de cette lésion, il n'est pas, en général, possible d'indiquer son siége précis. Les phénomènes particuliers observés par M. Bourdon chez sa malade paraissent propres à éclairer ce diagnostic.

« La tumeur sonore et douloureuse au toucher, se formant par inter» valle entre l'ombilic et la fosse iliaque droite, accompagnée de vomis» sements, de coliques, et se dissipant spontanément ou par pres» sion, en même temps que du gargouillement se faisait entendre, » s'explique très-bien par un rétrécissement de l'orifice iléo-cæcal. » Lorsque, par une agglomération de matières intestinales, l'occlusion » devenait complète, le mouvement péristaltique de l'intestin, visible » du reste à travers les parois abdominales, faisant descendre les gaz, » ceux-ci s'accumulaient au-dessus du rétrécissement, d'où formation » d'une tumeur dans le point indiqué et toujours le même. Après un » temps plus ou moins long, les matières parvenant à franchir l'obstacle,

» les gaz s'échappaient avec elles en produisant le bruit caractéristique, » alors la tumeur disparaissait et tout rentrait dans l'ordre, jusqu'à ce » qu'une nouvelle occlusion vînt à se produire. »

Ce qui se passait dans ce cas nous paraît analogue à ce qu'on observe dans l'engouement d'une hernie irréductible, lorsque, par le taxis, on rétablit le cours des matières accumulées dans l'anse intestinale. Il n'est pas jusqu'au gargouillement qui ne se produise dans les deux cas, lorsque l'obstacle vient à céder.

15. — *Péritonites sans perforation intestinale dans la fièvre typhoïde.*

(*Union médicale*, 3 juin 1856.)

Dans ce travail, l'auteur cite des exemples de péritonites aiguës et subaiguës survenues dans le cours de la fièvre typhoïde, indépendamment de toute perforation de l'intestin. Cette complication peut, selon M. Bourdon, tenir à l'inflammation qui accompagne l'éruption intestinale, et qui peut être assez vive, dans certains cas, pour s'étendre de l'intérieur à l'extérieur de l'intestin, c'est-à-dire à sa tunique séreuse. Il est permis d'ailleurs de se demander pourquoi la péritonite ne se montrerait pas exceptionnellement dans la fièvre typhoïde au même titre que l'érysipèle, la pleurésie et les autres phlegmasies.

16. — *Observation de diabète simulé.*

(*Union médicale*, 1856.)

Un malade, ancien infirmier, voulant faire un long séjour à l'hôpital Lariboisière, se plaignait d'avoir une grande soif, un appétit insatiable et des urines très-abondantes; celles-ci examinées, contenaient une certaine quantité de sucre.

Cependant cet homme ne maigrissait pas, ses gencives restaient saines, son haleine ne devenait pas acide et désagréable; d'autre part, M. Bourdon, pesant souvent l'urine, trouvait une grande irrégularité,

d'un jour à l'autre, dans la pesanteur spécifique de ce liquide; enfin il existait un défaut de proportion entre la réaction faible que donnait le liquide de Bareswill et la proportion en général assez considérable de sucre qu'accusait l'aréomètre.

Concevant des doutes sur l'existence réelle du diabète, M. Bourdon fit rester un de ses élèves près du malade jusqu'à ce qu'il urinât, afin d'être bien sûr d'obtenir de l'urine telle qu'elle sortirait de la vessie. De cette façon la supercherie fut dévoilée à l'instant, car le liquide évacué avait, cette fois, une pesanteur normale et ne contenait pas la plus petite trace de glycose.

On eut alors la certitude que le malade ajoutait du sucre ordinaire à son urine. Ce sucre contenant habituellement une très-petite quantité de sucre interverti ou incristallisable, on s'expliqua parfaitement pourquoi la solution cupro-potassique donnait une réaction caractéristique si faible, quoique la pesanteur de l'urine indiquât la présence d'une grande proportion de sucre. L'emploi du polarimètre aurait pu également lever tous les doutes d'une manière certaine.

17. — *Note sur quelques affections dépendant d'une altération du sang, purpura, scorbut, hémorrhagies passives.*

(*Bulletin général de thérapeutique*, 15 et 30 novembre 1840.)

L'auteur, dans cette note, rapproche plusieurs maladies, comme le purpura, le scorbut et certaines hémorrhagies passives, et les rattache à une altération du sang, caractérisée par la fluidité excessive de ce liquide.

Il recommande comme traitement l'usage des acides végétaux (suc d'oseille, jus de citron à l'intérieur, et bains avec addition de six litres de vinaigre), et cite des observations dans lesquelles la guérison a été prompte, alors même qu'il s'agissait de cas très-graves.

18. — *De l'action des eaux minérales d'Ems dans le traitement des maladies de l'utérus et de ses annexes.*

(*Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, 2e fascicule, p. 94.)

Ce mémoire renferme des observations qui prouvent que les eaux

d'Ems jouissent, à un haut degré, de la propriété de résoudre les engorgements chroniques de l'utérus, de ses annexes, et particulièrement du tissu cellulaire péri-utérin.

L'auteur explique l'action vraiment efficace de ces eaux contre la stérilité des femmes par leur propriété résolutive qui rend, dans certains cas, aux organes génitaux toute leur perméabilité.

19. — Enfin, un grand nombre de communications et de rapports faits à la *Société anatomique*, à la *Société médicale d'observation*, à la *Société d'hydrologie* et à la *Société médicale des hôpitaux*.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.